

DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Identification

CNMSS/DIP/SI //

Suivi par :

Tél : 04 94 16 36 00 - Fax : 04 94 16 38 32

DEMANDE D’AFFILIATION D’UNE VEUVE(VEUF)

TITULAIRE D’UNE

PENSION MILITAIRE DE REVERSION

**Article L.713-1 et D.713-1 3° du code de la
sécurité sociale**

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

- Répondez avec précision à chaque question, notamment en cochant le carré utile .
- Conservez toute demande de remboursement de frais de soins jusqu’à réception de votre nouvelle attestation de droits.
- Lisez attentivement la notice CERFA n° 50015 jointe. Elle indique :
 - les conditions à remplir et les formalités à accomplir pour bénéficier de l’affiliation à la CNMSS,
 - les pièces à joindre impérativement à l’appui de cette demande.

IDENTIFICATION

Nom de famille
(nom de naissance)

Nom du conjoint
(veuve de – veuf de)

Autre nom d’usage
(le cas échéant)

Prénoms
(dans l’ordre de l’état civil)

Date de naissance | | | | | | | | | |

Commune de naissance
Pour Paris, Lyon, Marseille indiquer l’arrondissement

Département de naissance

Territoire ou pays de naissance

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse actuelle

.....

Code postal | | | | | | | | **Commune**

Pays ou COM.....

CADRE RESERVE A LA CNMSS

Position au fichier :

Assuré(e) :

.....

.....

.....

Conjoint :

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MILITAIRE OUVRANT DROIT A PENSION

Nom

Prénom

Date du décès | | | | | | | | | |

Armée d’appartenance Terre Air Mer Gendarmerie

Situation à la date du décès

Militaire en activité Militaire retraité(e) Activité professionnelle civile

Dernière caisse de sécurité sociale

.....

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d’envoi | | | | | | | | | |

Suite à :

.....

.....

.....

.....

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

■ Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?

NON

OUI ⇒ Depuis quelle date :

→ S'agit-il d'une activité professionnelle :

salariée non salariée (profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) agricole)

⇒ Précisez la profession exercée :

⇒ Dénomination et adresse de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous êtes affilié(e) :

Code postal Commune :

■ Avez-vous exercé une activité professionnelle dans le passé ? (y compris à l'étranger, dans une collectivité d'outre-mer ou à Mayotte) ?

NON

OUI ⇒ Activité salariée : du au

du au

⇒ Activité professionnelle non salariée
(profession commerciale, artisanale, libérale ou d'exploitant(e) agricole) :

du au

du au

⇒ Précisez la **dernière** profession exercée :

⇒ Dénomination et adresse de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous étiez affilié(e) :

Code postal Commune :

⇒ Précisez jusqu'à quelle date vous avez bénéficié du remboursement de vos frais de soins auprès de cette caisse : **Joindre votre dernière attestation de droits.**

Si vous avez cessé toute activité depuis moins de 3 ans,

répondez aux questions complémentaires suivantes : ↓

⇒ La cessation est-elle consécutive à une maladie ou à un accident ?

NON

OUI

⇒ Avez-vous perçu des indemnités journalières (prestations en espèces) ?

NON

OUI

⇒ Joindre une attestation de la caisse qui vous a versé ces prestations en indiquant de date à date la période indemnisée.

⇒ La cessation est-elle consécutive à une perte d'emploi ?

NON

OUI

⇒ Avez-vous été indemnisé(e) à ce titre par POLE EMPLOI ou avez-vous déposé une demande d'indemnisation ?

NON

OUI

⇒ du au

Précisez la date de début et de fin d'indemnisation.

Joindre une photocopie de la dernière décision de POLE EMPLOI.

Tant que vos droits à indemnisation ne sont pas épuisés, vous devez demeurer rattaché(e) à votre caisse d'affiliation actuelle.

Votre demande d'affiliation n'est pas recevable, si vous avez des droits ouverts auprès d'un autre régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle

DECLARATION

Je demande à être affilié(e) à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale en qualité de titulaire d'une pension militaire de réversion.

Je soussigné(e) déclare sincères et véritables les renseignements que j'ai fournis ci-dessus.

Je m'engage à porter à la connaissance de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale toute modification dans ma situation qui serait susceptible d'entraîner la suspension ou l'annulation de mon affiliation à la sécurité sociale militaire.

Fait à le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

IMPORTANT

⇒ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel les concernant.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale ».

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).